

**ASUNTO:** SOLICITO **CATEGORIZACION** DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD

 Establecimiento Público

 Establecimiento Privado

 Servicio Médico de Apoyo Público

 Servicio Médico de Apoyo Privado

Lic. Wilmer Davis Carrillo

Director Regional de Salud Tumbes

Sr. Dr.

Yo:………………………………………………………………………identificado con DNI N°……………………… Director Médico ( ), ó Representante Legal ( ) del Establecimiento de Salud ó Servicio Médico de Apoyo ( ) denominado …………………………………………......................................................., con código RENIPRESS………….., Registro Único de Contribuyente (RUC) Nº ……..………….......... sito en…………………………………………………….....................………, ante usted me presento y digo:

En cumplimiento de lo establecido en el Art. 7° del Decreto supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, solicito a usted la **Categorización**/**Recategorización** ( ) **Actualización de datos** ( ) del Establecimiento ó Servicio Médico de apoyo arriba indicado aspirando a la **categoría …………...**

En tal sentido, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que los datos proporcionados se rigen de acuerdo al Principio de presunción de veracidad consagrado en el inciso 1.7. Art. IV del Título Preliminar y del Art. 42° Capítulo I del título II de la Ley 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General y haber cumplido con todos los requisitos establecidos en el TUPA; dejando constancia que asumo cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial que pudiera generar el procedimiento solicitado.

En tal virtud adjunto ficha RENIPRESS.

POR LO EXPUESTO:

Es gracia que espero alcanzar, por ser de justicia.

Tumbes,……………… de…………… del……………………

Propietario o Representante Legal Nombre:

DNI Nº

Director Médico del EE. SS o S.M.A Nombre:

DNI Nº

**Teléfono Fijo/ celular**: (colocar nombre y número de la persona responsable de coordinar el proceso